

LA POÉTICA EN LA CREACIÓN DE UN ESPACIO PARA LOS ADOLESCENTES. MIRAR Y SER MIRADO.

María José Rodado Martínez

*“Quisiera que mi casa fuera como la del viento marino, toda palpitante de gaviotas”.
(Bachelord, G)*

RESUMEN

La creación de un espacio psicoterapéutico para adolescentes y sus familias en una unidad de hospitalización supone todo un desafío. Surgirán dificultades derivadas tanto de la complejidad y gravedad de la patología adolescente como de las características de la institución. Dificultades que exigen flexibilidad y plasticidad en el profesional. Es por ello por lo que es imprescindible un marco teórico que valide la clínica y dote de sentido las intervenciones. Este texto pone el acento en el concepto de paradoja de Winnicott, para exponer diversos escenarios en los que lo contradictorio aparece no solo en la clínica sino en la organización de la Unidad con los límites que impone el sistema público. Y resalta la necesidad de tolerar la paradoja, como señala el autor, como un elemento con el que el psiquismo debe tratar. Paradoja que permite pensar los vínculos y que el trabajo adquiera la cualidad de algo vivo, dinámico.

PALABRAS CLAVE: adolescentes, institución, grupo análisis, paradoja, psicoanálisis

Creating a psychotherapeutic space for adolescents and their families in a hospitalization unit is a challenge. Difficulties will arise derived from both the complexity and severity of the adolescent pathology and the characteristics of the institution. Difficulties that require flexibility and plasticity in the professional. Therefore, a theoretical framework is essential that validates the clinic and gives meaning to the interventions. This text emphasizes Winnicott's concept of paradox, to expose various scenarios in which the contradictory appears not only in the clinic

but in the organization of the Unit with the limits imposed by the public system. And it highlights the need to tolerate paradox, as the author points out, as an element with which the psyche must deal. Paradox that allows us to think about the links and for the work to acquire the quality of something alive, dynamic.

KEY WORDS: adolescents, institution, group analysis, paradox, psychoanalysis.

INTRODUCCIÓN

En la adolescencia los límites entre lo normal y lo patológico se acercan, se diluyen y se confunden. Esta confusión es tanto para el profesional que debe reconocer lo patológico como para el propio sujeto adolescente, asaltado de angustiosas dudas sobre lo que ocurre en su mente, su cuerpo y en sus relaciones. Ambos, adolescentes y profesionales necesitan criterios —límites— que diferencien la normalidad y la patología. No obstante, los adolescentes sienten la necesidad de transgredir estos límites y poner a prueba al adulto.

Es por ello por lo que el trabajo con adolescentes exige al profesional gran plasticidad y flexibilidad. Flexibilidad que contrasta con la protocolización y el establecimiento de normas rígidas que las instituciones de salud, públicas, reclaman y que ponen en riesgo la subjetividad. En un contexto en el que el discurso de la ciencia impregna toda práctica psiquiátrica, la eliminación del síntoma se convierte en un objetivo preponderante. Sin embargo, es responsabilidad del psicoanalista incluir en la práctica clínica, un modelo que permita comprender la

estructuración del aparato psíquico e intervenciones que contrasten con las políticas de salud imperantes en la sanidad pública.

Conociendo estas particularidades del trabajo con adolescentes y las exigencias de la institución, este texto aporta una reflexión sobre el desafío que implica la apertura de una unidad de agudos destinada a población adolescente. Ubicada en un Hospital General, fue concebida como un espacio psicoterapéutico, tanto para los adolescentes como sus familias, incorporando una escucha psicoanalítica. No obstante, en el desarrollo del proyecto surgirán dificultades determinadas tanto por la complejidad y gravedad de la patología como por las características de la propia institución. Características que suponen contradicciones con el modo de hacer psicoanalítico.

Para sortear tales dificultades es necesario un modelo teórico que pueda dar sentido a las decisiones con relación a la organización y valide la práctica clínica. El objetivo de este artículo no es exponer toda la elaboración teórica que supuso la puesta en marcha de este proyecto sino poner el acento en las contradicciones que fuimos encontrando, a lo largo de los años, en el ejercicio de la clínica. Por ello planteo trabajar y aceptar con lo que Winnicott describe como paradoja y que Lacruz (2011) señala como el epicentro del pensamiento de Winnicott. Mostraré, a lo largo del texto, diversos escenarios y situaciones en los que lo paradójico aparece, a la vez que explicaré cómo fuimos organizando la Unidad.

UNA PROPUESTA PARADOJAL. DIFERENTES ESCENARIOS.

La paradoja es una figura de pensamiento cuya expresión envuelve una contradicción, en tanto que confronta dos elementos opuestos cuya tensión debe ser aceptada. Lacruz (2011) señala que surge desde el epicentro del pensamiento de Winnicott. Es inherente al desarrollo del jugar, del objeto, de los fenómenos transicionales y de la creatividad. Para Winnicott es un indicador de que una capacidad psíquica se ha establecido en el desarrollo emocional del infante. El autor ubica el punto de partida cuando el bebe usa el objeto transicional que modula lo interno-externo salvando la discontinuidad y regula así la presencia-ausencia materna. Otra paradoja en la constitución del aparato psíquico y de la realidad psíquica es el tiempo paradójico de estar solo en presencia del otro. La paradoja, por tanto, adquiere importancia en la simbolización de lo psíquico.

«La paradoja debe ser aceptada, no resuelta», dicen Winnicott (1971) y Rousillon (1991). Cuando se tolera y respeta la paradoja se otorga al pensamiento un carácter dialéctico. Mi propuesta, en la creación de este proyecto, es incorporar al pensamiento lo dialéctico, lo dinámico huyendo de una verdad única. Y como Winnicott (1971) establece aceptar la contradicción de los fenómenos y el continuum entre lo normal y lo patológico. Con este planteamiento, tanto el tratamiento como el diagnóstico de los adolescentes son pensados como algo dinámico, sujeto a reformulaciones.

EL ESPACIO FÍSICO

La Unidad forma parte de la red del sistema público de salud, es unidad de referencia y tiene capacidad para 8 adolescentes. En el diseño del espacio no se tuvo en cuenta las relaciones entre el uso y el funcionamiento del espacio físico y psíquico con sus consecuentes proyecciones como establecía el psicólogo Albert Namer (2003). O las relaciones entre espacio físico y la psique incorporadas por Juahnni Pallasma (2016) en su concepción de la arquitectura. Tales deficiencias en el diseño inicial pueden contribuir a problemas relacionados con actuaciones del adolescente. Recordemos que el adolescente realiza un despliegue fugaz e inestable de su imagen en el espacio. El cuerpo aparece donde falta la palabra (Cordova 2010).

Es paradójico, por tanto, que un espacio destinado al cuidado emocional no tome en cuenta las condiciones físicas favorecedoras del bienestar tanto de los pacientes como de los profesionales.

LA CONFORMACIÓN DE UN EQUIPO. LOS RECURSOS HUMANOS

El equipo, interdisciplinar, partía de motivaciones muy diferentes. Existía también heterogeneidad en la forma de entender la clínica y en los modos de vinculación. Estas condiciones suponían obstáculos en la conformación de un equipo cohesionado, capaz de dar respuestas coherentes. Obstáculos que debíamos resolver. Y es que el sistema público de salud no facilita la elección de equipos idóneos al tipo de actividad, constituyendo esto un inconveniente en la apertura de cualquier servicio. Aparece otra de las contradicciones, la apertura de una unidad de referencia en la que no se tiene en cuenta la formación y el número de profesionales. En la apertura la dotación de recursos humanos fue inferior a la presupuestada inicialmente.

LA CONCILIACIÓN DE UN MODELO MÉDICO Y UN MODELO PSICOTERAPÉUTICO

En la institución pública de salud existe un modelo médico dominante que convierte el diagnóstico en una descripción de síntomas. Se produce una unificación categorial y una personificación, es decir se relacionan las categorías con las personas. La necesidad de protocolizar transforma el tratamiento en algo predeterminado y estático.

Ante este escenario la responsabilidad del psicoanalista es incorporar un modelo que permita entender la estructuración del aparato psíquico evaluando los procesamientos intra e intersubjetivos. Lo intergeneracional y transgeneracional. Una psicopatología que considere las diferentes configuraciones que resultan de la articulación de los distintos sistemas motivacionales (sistema de apego, narcisista, de regulación emocional, sensualidad/sexualidad) (Bleichmar 1998). Los tratamientos serán así específicos atendiendo a cada situación particular.

No obstante, hemos de encontrar modos de convivencia entre la psiquiatría y el psicoanálisis sin ensalzar una y rechazar la otra. E incorporar los elementos socioculturales en la comprensión de la clínica actual.

¿CÓMO SE REALIZABAN LAS DERIVACIONES DE LOS ADOLESCENTES?

Redactamos un protocolo de ingreso con criterios más amplios que los puramente descriptivos. Criterios relacionados con el grado de sufrimiento del adolescente y dificultades en la familia o del profesional para la contención. La gran mayoría de los adolescentes son referidos por los profesionales que los atienden en el sistema público de salud. Si bien un porcentaje no sigue esta vía y es valorado en el servicio de urgencias.

Teniendo en cuenta la teoría del apego, enfatizamos el modo de acoger al adolescente y a su familia, para crear un sentimiento de seguridad en el vínculo con la unidad y los profesionales. Entendemos, por los estudios de Bowlby (1973) y Bretherton (1985), que un ingreso activa el sistema de apego del adolescente y, en los padres el sistema de cuidado hacia el hijo. Por ello nuestra recomendación cuando el profesional que atiende a un menor solicita el ingreso de este, es que el procedimiento se realice de forma programada. Este proceder requiere un primer contacto previo, no presencial, de los profesionales con el adolescente y su

familia. Encuentro que facilita que la familia conozca y aspectos del funcionamiento de la Unidad y a los profesionales antes de la cita presencial para la admisión a la Unidad. Además, en el proceso cuidamos el efecto que un nuevo adolescente puede producir en los otros y el modo de acoger tanto a él como a su familia.

Aportes de autores como Bowlby (1986), Mary Ainsworth (1970) y Winnicott (1996, 1999) entre otros, nos ayudaron a entender las diferentes reacciones del adolescente a la separación, las respuestas del adulto y ofrecer una respuesta contenedora de la angustia que aparece tras la separación de la figura cuidadora. Esto marca una diferencia con las respuestas que algunos de los adolescentes, procedentes de centros de menores, recibieron en el pasado. Hago referencia al distanciamiento en el tiempo de los encuentros con los progenitores, debido a que el profesional responsable, en el centro de menores, no supo interpretar las manifestaciones que surgían en las separaciones de la figura cuidadora.

Los profesionales tenemos siempre presente generar un sentimiento de seguridad en el adolescente en momentos tales como la intervención de otros especialistas, la realización de pruebas complementarias, la llegada de otro paciente. Además de estar atentos a los momentos de transición (el alta, un traslado a otro recurso) y los efectos derivados de los cambios que ocurran dentro y fuera de la unidad.

Las modalidades de acompañamiento de la familia se valoran individualmente, teniendo en cuenta las particularidades de cada uno de los adolescentes y las características de la familia. Se permite, en la medida de lo posible, la presencia de objetos familiares y la personalización de la habitación.

EL ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES

En la Unidad y en el trabajo clínico diario nos enfrentamos a la necesidad de determinadas normas, de establecer límites que permitan una regulación y hagan posible habitar el espacio. Estos límites, dentro de la institución, exigen la creación de ciertos protocolos de actuación. El problema surge, si la institución, para evitar situaciones conflictivas que generen incertidumbre, exige unas normas rígidas. Rigidez que no tiene en cuenta la subjetividad de los adolescentes. Si bien, la existencia de una norma no asegura el cumplimiento de esta por los adolescentes. Algunos tienen dificultades para integrar e interiorizar la norma. Para otros la oposición es una manera de

significarse. Por lo que la negociación y flexibilidad del terapeuta son imprescindibles para que no se rompa el espacio analítico potencial.

Las normas represivas están prohibidas. Desde nuestro punto de vista el uso de la sanción como disciplina no contempla el nivel de evolución psíquica y se constituye en un objeto persecutorio que incrementa las defensas que estén operando.

Trabajar con la singularidad genera, en ocasiones, sentimientos de impotencia en algunos miembros del equipo que se enfrentan a lo nuevo, lo desconocido. Es por ello por lo que la creación de un espacio de reflexión para profesionales nos permite significar las acciones y respuestas de los adolescentes tomando conciencia de las emociones que se generan en cada uno de nosotros facilitando el trabajo en la Unidad.

LA TEMPORALIDAD

Los adultos invocan la temporalidad, ante el adolescente. La temporalidad, para el adulto, es la referencia para apoyar la conveniencia de dejar que el tiempo aporte las soluciones imposibles de ser halladas en esos momentos. El adolescente responde con un despliegue en el espacio y la espera no hace más que exasperar (Jeammet 1990)

Pero en una sociedad infantilizada y mercantilizada, como la actual, adultos y adolescentes, ambos, se rigen por la inmediatez. La mercantilización también afecta a la salud. El tiempo de estancia hospitalaria y la ausencia de reingresos se convierten en criterios de calidad de una buena praxis, para los dirigentes. Las presiones para disminuir la estancia, a mi parecer, ocasionan en el paciente un falso self institucional a modo del falso self de Winnicott.

El sistema impone también rápidamente una codificación diagnóstica al adolescente que entra en contradicción con una visión del diagnóstico como algo dinámico sujeto a reformulaciones.

¿Cómo historizar y subjetivar en los tiempos de la inmediatez?

Sara, de 15 años, era atendida en otra unidad, específica para trastornos de la alimentación. Ingresó en la unidad de adolescentes, al presentar clínica depresiva y crisis de ansiedad. Reingresó, a los dos meses, por dificultades en la regulación emocional. Este hecho era vivido, tanto por ella como por sus

padres, como un fracaso. «Me siento fatal, he decepcionado a mis padres, yo creía que podía conseguirlo, se que he fracasado». Creencias que han de ser transformadas para conceder al adolescente el tiempo necesario para el trabajo psíquico.

Los reingresos, ¿son fracasos del paciente o del terapeuta? o ¿son necesidades del adolescente de ser ayudado, escuchado, sostenido, la búsqueda de una continuidad en ese ir construyendo? Recordemos que una paradoja que se reactiva de forma específica en la adolescencia es la necesidad de nutrirse de los demás, opuesta a la necesidad de diferenciarse. Y estas ideas no excluyen el análisis de la demanda de cada uno de los pacientes y el análisis situacional.

PARADOJA Y CUERPO

Trabajos de duelo en la adolescencia

Los trabajos de duelo en la adolescencia son paradójales (Rodulfo 2004). El fin de la infancia requiere de una caída, una muerte, pero a la vez es necesario una conservación superadora, transformadora de lo infantil.

Defensas paradójales

El sentimiento de extrañeza asociado al cuerpo puberal bajo la forma de angustia no mentalizada, la pérdida de los límites corporales llevan al adolescente a tratar su cuerpo como un objeto externo (extraño). El tratamiento del cuerpo como ajениdad puede llevar a usar defensas paradójales. Pensemos en los adolescentes con autolesiones o los intentos de muerte como defensa para no ser aniquilado. O el ataque al vínculo (descrito por Bion) como defensa a la pérdida del vínculo. O el que organiza un vacío no aprendiendo por el temor al vacío psíquico. Son algunas formas de pensar estas manifestaciones que no pueden ser generalizadas. En cada uno de los adolescentes y en cada una de las situaciones estamos obligados a buscar el significado particular.

MODOS DE FUNCIONAMIENTOS PARADOJALES QUE SE CONVIERTEN EN OBSTÁCULOS PARA EL SUJETO

Existen paradojas patógenas (descritas por la escuela de Palo Alto), en las que no aparece el homomorfismo entre realidad externa e interna. Comunicaciones que se despliegan en la intersubjetividad e intrasubjetividad. Mensajes vehiculizados por canales diferentes (verbal, postural, corporal) incompatibles entre sí.

También Mariana Soler (2010) afirma que la paradoja “figura que consiste en emplear expresiones que envuelven contradicción” puede pensarse en términos negativos cuando el sujeto queda ubicado en una alternativa contradictoria estructurante de tal manera que debe elegir entre dos caminos contrarios, que lo conducen a un callejón sin salida. Ciertos modelos particulares de transmisión familiar están vinculados a modos de funcionamiento paradójal.

Manuel de 15 años, fue testigo de la violencia de su padre hacia su madre durante la convivencia y tras la separación. Aceptar a uno implicaba rechazar al otro. El rechazo suponía no poder filiar su historia a su apellido que representa la ligazón generacional. Identificado con el padre quien compartía tiempo libre y aficiones con los hijos, transformó a su madre en una persona que le quería hacer daño.

La experiencia institucional podría ilustrar la actividad paradójica que se establece en las comunicaciones y en las relaciones. Ser terapeuta implicaría poder abandonar la omnipotencia. La paradoja se organiza cuando la máxima autoridad institucional exige que el especialista pueda con todo (que cure a todos, resuelva los problemas sociales, familiares, individuales). En esta situación el especialista terapeuta tiene que utilizar las comunicaciones paradójicas para poder existir.

DISTINTAS MODALIDADES TERAPÉUTICAS. LA NECESIDAD DE AMPLIAR LA MIRADA.

La actividad de la Unidad se organiza, principalmente, en torno a los grupos terapéuticos promoviendo la expresión de los afectos en un clima de seguridad y confianza. Se trata de encontrar nuevos significados y descubrir el proceso de cambio de cada adolescente. Los grupos son abiertos, condicionados por la llegada de nuevos pacientes y/o la salida de otros (al alta).

A continuación, describo las distintas modalidades terapéuticas que se incorporaron en el tratamiento:

- *Un grupo terapéutico psicodinámico*, de una hora, con los adolescentes ingresados. La frecuencia es de dos días a la semana. El resto de los días se realiza un grupo asambleario de 15-20 minutos de duración. El grupo terapéutico tiene un efecto contenedor. Posibilita, al adolescente, conectar rápidamente, a través de los otros, con angustias y dificultades propias. Como espacio reflexivo, favorece el autoconocimiento y el desarrollo de la mentalización. Facilita también la

verbalización de las fantasías relacionadas con el ingreso y la elaboración de la angustia inicial. Permite resolver conflictos relacionales, al observar las alianzas que se establecen entre ellos dentro y fuera del grupo. Además, existen otros factores terapéuticos propios de la terapia grupal que no desarrollaremos en este texto.

- *Un grupo interfamiliar semanal* con la participación de los adolescentes y de los padres. Su creación se basa en el modelo de psicoanálisis multifamiliar creado por Badaraco (2000). Aunque usamos el término propuesto por (Sempere J. y Fuenzalida C. (2013) al enfatizar la interacción entre las familias. El contexto multifamiliar genera un clima psicológico favorecedor para la capacidad de pensar y el aprendizaje recíproco a través de un diálogo compartido tal como lo expresó Badaraco (1989). La inclusión de la familia posibilita el proceso terapéutico de los padres y aumentar la capacidad mentalizadora de estos. Permite visualizar también las interdependencias patógenas que se generan en las relaciones familiares y la elaboración de las mismas. Surgen así experiencias emocionales correctoras de las primitivas relaciones objetales distorsionantes como explica Badaraco (1989)
- *Otras intervenciones*; sesiones terapéuticas individuales, vinculares, familiares, con la pareja de padres. Y una variedad de talleres terapéuticos y educativos a cargo de la terapeuta ocupacional y el equipo de enfermería.
- Incluíamos no solo la palabra sino imágenes a través del dibujo, la música, el cine y cualquier herramienta que permita al adolescente desplegar el malestar y elaborarlo.

Irene, de 15 años, abusada sexualmente por su abuelo, realizó varias tentativas de suicidio. Los dibujos se convirtieron en el medio expresivo y de elaboración de la experiencia traumática.

Carla, de 13 años, con dificultades en las relaciones interpersonales y síntomas delirantes cantaba los raps que escribía para hablar de su historia y de cómo se sentía. Esto le permitió generar un mayor orden en su psiquismo. A la vez que experimentó una mirada y escucha diferentes a la del medio familiar.

La combinación de distintas intervenciones enriquece el trabajo terapéutico. Permite, como afirma Badaraco (1989) un fortalecimiento del yo y aumenta la complejidad de la intervención al movernos en varios niveles simultáneamente. Intervenciones compatibles con la terapia farmacológica.

En muchos de los adolescentes predomina la actuación sobre el pensamiento. El despliegue de la agresividad hacia los objetos y el personal conlleva dificultades para los profesionales. Los enfoques de Winnicott (1999), R. Rodulfo (2009) y de H. Bleichmar (1998), al plantear la agresividad como reacción a las agresiones del ambiente y desde la perspectiva de un sujeto asustado, nos ayudan a entender situaciones clínicas que fácilmente obstaculizan el pensar. El objetivo es proteger y regular al otro en su descontrol, analizando los mecanismos que intervienen en ello.

Nuestra perspectiva incluye siempre la dimensión biológica, psicológica como la social. La Unidad es un lugar donde el/la adolescente y su familia se sienten protegidos, cuidados, reconocidos, valorizados, regulados emocionalmente, hay un espacio para lo lúdico y para el placer compartido. El funcionamiento se asemeja a una comunidad terapéutica en el sentido que todo lo que ocurre dentro de la unidad es pensado con un sentido terapéutico.

LO INTERDISCIPLINARIO Y LA CONTINUIDAD DE LAS INTERVENCIONES

En este último epígrafe y para finalizar la descripción de cómo se fue organizando este proyecto hago referencia a la conexión de la Unidad con otros dispositivos (sanitarios, sociales o educativos), como una pieza más en la red. Insisto en nuestra idea de “interdisciplinario” tal como la explica Ponce de León E. (2008) que no debe ser confundido con “multidisciplinario”. Lo interdisciplinario favorece el sentimiento de seguridad del paciente, al integrar las distintas intervenciones, en los diversos medios, con el objetivo de que el ser no quede parcelado por cada uno de los profesionales. Una vez más lo paradójico puede aparecer en la dicotomía que la institución establece entre tratamientos comunitarios y hospitalarios sin favorecer actuaciones y modos de intervención que permitan una mayor permeabilidad entre el medio intrahospitalario y el extrahospitalario. Es decir, el trabajo clínico, debería ir orientado a mantener integración y coherencia en las intervenciones realizadas en los diversos dispositivos así como a no limitar la intervención en la unidad de agudos al espacio físico dentro del Hospital.

Como psicoanalista no puedo negar las dificultades a las que nos enfrentamos en el sistema público de salud si queremos mantener una coherencia en el modo de pensar. Sin embargo, mantener un diálogo no solo con colegas psicoanalistas sino con otras disciplinas (filósofos, sociólogos, arquitectos, maestros) puede establecer puentes que nos ayuden en la clínica y promuevan políticas de salud que incorporen unas condiciones de cuidado favorecedoras de un desarrollo psíquico.

Termino con unas **conclusiones** derivadas del trabajo reflexivo que supuso tanto la organización de la Unidad como la redacción de este texto.

1. La paradoja es un elemento con el cual el psiquismo debe tratar. Tolerar la paradoja, esto es, la aceptación de los contrarios, debe ser un objetivo de actuación en una Unidad de adolescentes con patología de salud mental. Ello fomenta la creatividad y la riqueza psíquica. Y convierte a la Unidad en un lugar en el que el trabajo adquiere la cualidad de lo vivo.
2. La paradoja permite pensar la subjetividad y los vínculos. Y es que la subjetividad se constituye a partir del vínculo pensado desde la paradoja, en un constante estar siendo con el otro. No solo en tiempos originarios sino durante toda la vida, en cada vínculo con el otro. Desde esa figura que conlleva una contradicción.
3. La institución ha de incorporar las diferencias. Diferencias de los adolescentes y sus familias. Y diferencias en la aproximación a la clínica. Con frecuencia, en una institución pública, más al servicio de un orden controlado que de un pensamiento crítico, tales diferencias encuentran obstáculo y resistencia. Teorizaciones como el narcisismo de las pequeñas diferencias, (Freud 1981), la necesidad de otro al que excluir (Schutt, F. 2005) y las reflexiones sobre el pensamiento único como expresa Mogullansky (2005), nos pueden ayudar a entender las dificultades para la expresión de la subjetividad. Y es que las diferencias forman parte del ser humano y no un agente amenazante.
4. La formación de los profesionales en psicoterapia, psicoanalítica o/y en otras orientaciones debería ser imprescindible en la práctica institucional y en la política de la salud mental. E incorporar así la dimensión del sujeto en la clínica en un periodo en el que

el discurso de la ciencia impregna toda la práctica psiquiátrica.

5. Los problemas de salud mental, si consideramos los desarrollos de Morin (1990) acerca del pensamiento complejo, merecen un abordaje desde la complejidad. La elección de un método tenemos que operarla entre el duelo de la omnipotencia y la investigación del método que pueda articular “lo que está separado y vincular lo que está desunido”. Un método que detecte las articulaciones, las complicaciones, las imbricaciones y complejidades (Morin 2006).

Agradezco a los adolescentes, las familias y todo el equipo la oportunidad que me dieron para aprender y el esfuerzo y la ilusión con la que trabajaron los profesionales para crear un espacio seguro.

Rodado Martínez M^a José.

Psiquiatra, psicoanalista. Jefa de Sección, Unidad de hospitalización breve de la infancia-adolescencia. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth M.D. y Bell S.M. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation, vol 41(1):49-67.

Badaraco J. (2000). Psicoanálisis multifamiliar. Buenos Aires: Paidós.

Badaraco J. (1989). Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar. Madrid:Tecnopublicaciones S.A.

Bleichmar H. (1998). La agresividad: variantes y especificidad de las intervenciones terapéuticas. En:Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas (pp221-239). Buenos Aires: Paidós.

Bowlby J. (1973). La separación afectiva. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby J. (1986). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development, vol 50 (1-2):3-35.

Córdoba, CN. (2010). La primavera del significante. En: Entre niños, adolescentes y funciones parentales (pp 23-29). Buenos Aires: editorial Entreideas.

Freud S. (1981). El malestar en la cultura. En: Obras completas III. Madrid (pp3043-3049). Biblioteca Nueva.

Jeammet, P. (1990). Les destins de la dépendance à l'adolescence.Revue Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence, 38, 4-5.

Lacruz, J. (2011). “Donald Winnicott:vocabulario esencial”. En aperturas psicoanalíticas, N°40,2012.

Mariana Soler. (2012). Situaciones familiares difíciles “que hacen morder el polvo”. En: Entre niños, adolescentes y funciones parentales (pp 97-106). Buenos Aires: editorial Entreideas.

Moguillansky R. (2005). El pensamiento único y su relación con el narcisismo. Aperturas psicoanalíticas, N°21. <http://www.aperturas.org>

Morin E. (1990). Introducción al pensamiento complejo. Ed.Gedisa.

Morin E. (2006). El método I. La naturaleza de la naturaleza. Ed Cátedra.

Namer A.(2003). Espacio institucional y encuentro terapéutico. La experiencia del hogar terapéutico infantil (pp80) Montevideo: Ediciones Trilce.

Pallasmaa J. (2016). Habitar. Ed Gustavo Gili.

Ponce de Leon E. (2008). Equipo interdisciplinario y clínica psicoanalítica de niños. Abordajes interdisciplinarios y análisis de un caso clínico. Aperturas psicoanalíticas, N°28. <http://www.aperturas.org>

Rodolfo R. (2004). La multiplicación y multiplicidad de paradojas en la adolescencia. En psicoanálisis de nuevo. Capítulo XI. Buenos Aires: Endeba.

Rodolfo R.(2009). En: Trabajos de la lectura, lecturas sobre la violencia, (pp141-150). Buenos Aires: Paidós.

Roussillon R. (1991). Paradojas y situaciones fronterizas del psicoanálisis. Buenos Aires: Editorial Amorrortu

Schutt F. (2005). La fascinación del líder. Biblioteca Nueva.

Sempere, J. y Fuenzalida, C.(2013). Terapia interfamiliar: de la terapia de familia a la terapia entre familias. Revista Psicoterapia y Psicodrama, vol 2 (1):88-105.

Winnicott D. (1971). Realidad y Juego. Barcelona: Gedisa, 1996.

Winnicott D. (1996). La Naturaleza Humana. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott D. (1999). La agresión en relación con el desarrollo emocional [1950-55] En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis, (pp275-295) Barcelona: Paidós,1999.